

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N° 71

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Robert BEAUMONT

Né à Warloy-Baillon (Somme), le 22 septembre 1907

LES TUMEURS DU PETIT BASSIN
AU COURS DE LA GROSSESSE

Opportunité du Traitement chirurgical

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Robert BEAUMONT

Né à Warloy-Baillon (Somme), le 22 septembre 1907

LES TUMEURS DU PETIT BASSIN
AU COURS DE LA GROSSESSE

Opportunité du Traitement chirurgical

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	MARION.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale.....	CUNÉO.
	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.....	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
AUBERTIN Pathologie médicale.
BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
BROCQ Pathologie chirurgicale.
BRULÉ Pathologie médicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CADENAT Pathologie chirurgicale.
CATHALA Pathologie médicale.
CHABROL Pathologie médicale.
CHAILLEY-BERT . Physiologie.
CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
DOGNON Physique.
DONZELOT Pathologie médicale.
ÉCALLE Obstétrique.
FEY Urologie.
GASTINEL Bactériologie.
GATFLLIER ... Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
GIROUD Histologie.
HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
HARVIER Pathologie médicale.
HAZARD Pharmacologie.
HUGUENIN Anatomie pathologique.
HUTINEL Pathologie médicale.
JOANNON Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
LEVEUF Pathologie chirurgicale.
LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
LIAN Pathologie médicale.
MONDOR Pathologie chirurgicale.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
MOURE Pathologie chirurgicale.
OBERLING Anatomie pathologique.
OLIVIER Anatomie.
PIÉDELIÈVRE Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
QUÉNU Pathologie chirurgicale.
RICHET Physiologie.
SANNIÉ Chimie biologique.
SÉZARY Dermatologie et Syphiligraphie.
TROISIER Pathologie expérimentale et comparée.
VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie médicale.
VAUDESCAL .. Obstétrique.
VELTER Ophtalmologie.
VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

LEQUEUX Obstétrique.
LEROUX Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

MM.

RETTERER Histologie.
ZIMMERN Physique.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.	MM.
ABRAMI Clinique médicale.	MOCQUOT Clinique chirurgicale.
CHIRAY Clinique médicale.	SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.
DUVOIR Clinique médicale.	LE LORIER Clinique obstétricale.
BASSET Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL .. Clinique obstétricale.
CHEVASSU Clinique chirurgicale.	METZGER Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER . Clinique chirurgicale.	GUÉNIOT Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.	
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE CHÉRIE DE MON PÈRE

*Trop vite ravi à notre affection.
Je n'oublierai jamais avec quel amour
il a guidé mes premiers pas dans
la vie.*

A MA MÈRE

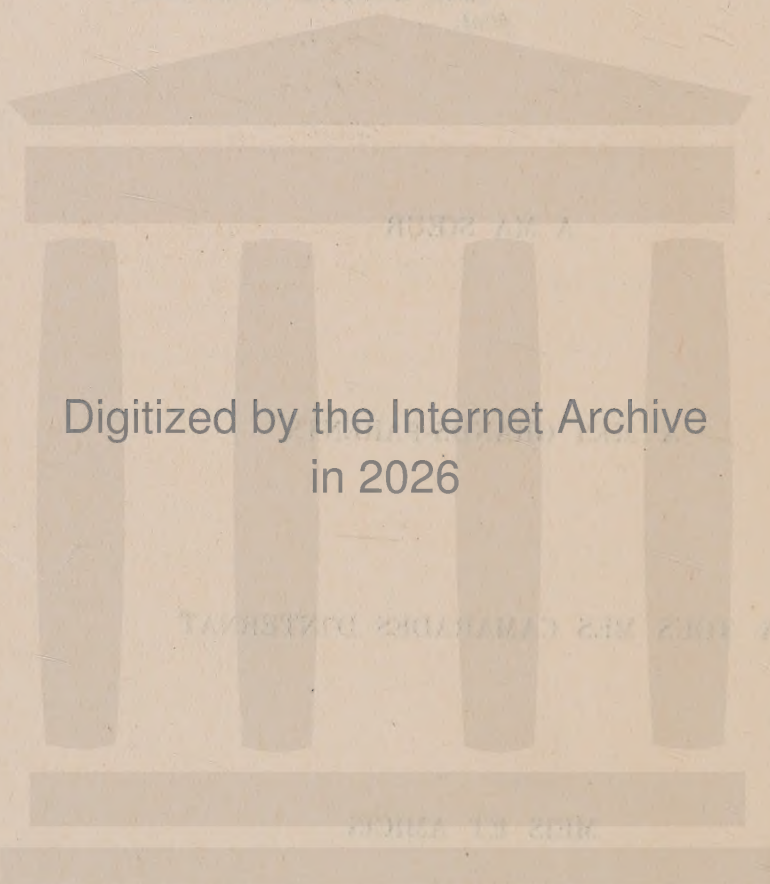
*Faible témoignage de mon amour
filial.*

A MA SŒUR

A MES GRANDS-PARENTS

A TOUS MES CAMARADES D'INTERNAT

MEIS ET AMICIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE

*Pour le remercier du très grand
honneur qu'il nous a fait en accep-
tant de présider cette thèse.*

A MES JUGES

A M. LE PROFESSEUR POULAIN

Chef de service de la Maternité de l'Hôtel-Dieu d'Amiens

*Qui nous inspira le sujet de cette
thèse. Qu'il veuille bien trouver ici nos
respectueux hommages et l'expression
de nos sentiments reconnaissants
pour son enseignement et l'amitié
qu'il nous a toujours témoignée.*

A LA MÉMOIRE DE M. LE PROFESSEUR JULLIEN

Ancien chef de service de la Maternité de l'Hôtel-Dieu d'Amiens

*Qui a guidé nos premiers pas en
obstétrique.*

*J'eus le triste honneur d'être son
dernier interne.*

A M. LE PROFESSEUR HAUTEFEUILLE

Professeur de pathologie interne
à l'Ecole de Médecine d'Amiens

*Par son enseignement et ses con-
seils il nous a fait comprendre ce
qu'est la clinique.*

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX D'AMIENS

M. LE DOCTEUR PARIS

M. LE DOCTEUR BALÉDENT

M. LE DOCTEUR FILACHET

M. LE DOCTEUR LOYGNE

M. LE DOCTEUR PERDU

M. LE DOCTEUR LIÉNART

LES TUMEURS DU PETIT BASSIN

AU COURS DE LA GROSSESSE

Opportunité du Traitement chirurgical

Introduction

C'est un problème toujours angoissant que pose la constatation, au cours de la grossesse, d'un obstacle situé dans l'excavation pelvienne.

En dehors de l'étape diagnostique qui est toujours assez ardue par suite de la diversité des cas susceptibles de se présenter, il reste à franchir deux étapes beaucoup plus redoutées du clinicien. C'est tout d'abord le pronostic de l'accouchement, difficile à porter puisqu'il dépend de la nature et de la consistance de l'obstacle, et ensuite, lorsque l'accouchement semble impossible ou du moins difficile, la décision de l'intervention.

Nous n'en sommes plus évidemment au temps où Valette (en 1864) considérait la grossesse chez la femme comme une contre-indication à toute opération, même portant en dehors de la sphère génitale.

Les techniques et les connaissances opératoires de ce moment ne pouvaient cadrer avec des interventions respectant cet acte physiologique qu'est la gros-

sesse. Aussi, devant leurs insuccès, les chirurgiens de cette époque considéraient-ils la femme enceinte comme un sujet en état de moindre résistance et s'abstenaient de tout acte opératoire comme contraire à la fonction qu'ils considéraient comme physiopathologique.

Cet état d'esprit continua cependant de nombreuses années (jusqu'en 1900 environ) mais il nous faut arriver au premier Congrès de l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française, à Bruxelles en septembre 1929, pour entendre M. le Professeur Brindeau protester contre l'ostracisme antérieur et donner une statistique personnelle de 29 cas avec 1 mort et 2 avortements, soit environ 10 % seulement d'insuccès.

Il est évident qu'il ne faut pas conclure à l'intervention systématique; cependant pouvons-nous chercher à faire bénéficier les malades des progrès chirurgicaux et leur éviter des déboires parfois amers.

En matière d'obstacle pelvien plus que dans tout autre cas, se pose la question de l'intervention : intervenir avant l'accouchement c'est risquer la vie de l'enfant, celle de la mère et risquer de faire d'une femme bien portante une infirme par suppression de sa vie génitale.

Reeb disait : « Tout traitement chirurgical doit avoir pour but de sauver la mère et l'enfant, non seulement la vie de la mère, mais si possible les fonctions de gestation et de menstruation ».

Si la vie de la mère est rarement mise en danger

par les interventions pratiquées au cours de la grossesse, la facilité relative avec laquelle celle de l'enfant est menacée hypnotise beaucoup de chirurgiens et c'est là le point sensible de la question, car l'éventualité tant redoutée ne disparaît souvent que pour faire place à une plus grave : or c'est précisément en cas d'obstacle pelvien que les pires catastrophes sont à redouter.

Savoir prévoir ces accidents, savoir surtout les prévenir, tel est le but qu'il faut atteindre. Seul le traitement chirurgical remplit parfaitement ces conditions.

Les tumeurs du petit bassin

Au cours de la grossesse quelles vont être les tumeurs susceptibles de gêner par leur développement l'expulsion du fœtus ?

On peut distinguer deux grandes catégories :

- 1° Celles qui ont pour point de départ l'appareil génital ou ses annexes ;
- 2° Celles qui sont nées d'organes intra-pelviens ou d'organes extra-pelviens.

A. — TUMEURS A POINT DE DÉPART GÉNITAL.

a) *Le fibrome.* — Un point important à préciser c'est que le fibrome, pour être intra-pelvien et constituer une dystocie par « tumeur prævia » doit être presque nécessairement sous-séreux et pédiculé ;

b) *Les salpingites.* — Avec suivant les cas pyo ou hydrosalpinx ;

c) *Les kystes du ligament large* qui peuvent se présenter sous la forme d'un kyste dermoïde inclus dans le ligament large qui sont alors souvent, d'après Terrillon, anormalement vascularisés, et qui, par leur ten-

dance aux hémorragies, constituent alors une dystocie exceptionnellement grave.

On peut encore trouver des kystes wolffiens, ce genre de tumeur étant d'ailleurs tout à fait exceptionnel.

d) *La grossesse extra-utérine.* — C'est une exception que de trouver deux grossesses. l'une utérine, l'autre extra-utérine évoluant toutes les deux.

Cependant on lira plus loin l'observation II qui relate un cas de grossesse utérine coïncidant avec une grossesse extra-utérine ampullaire de 3 mois 1/2 environ, dans laquelle fut trouvé un fœtus mort et infiltré de sels calcaires.

Cette grossesse extra-utérine non rompue formait obstacle pelvien.

e) *Les kystes de l'ovaire.* — Sont toujours une cause importante de dystocie pelvienne. La nature du kyste influe d'ailleurs beaucoup sur le degré de dystocie.

C'est ainsi que les kystes dermoïdes qui sont de volume relativement faible, d'accroissement lent, de poids et de consistance plus élevés resteront souvent pelviens et constitueront par là un facteur fréquent de dystocie.

Ils siègent d'après le plus grand nombre d'auteurs dans la partie postérieure du petit bassin, bien que Kustner, Kelly et Snéguiref en aient trouvé sur 41 cas, 19 dans l'excavation vésico-utérine.

Les kystes mucoïdes, de par leur volume, sont rarement pelviens et interviennent plutôt par leurs complications.

Néanmoins, lorsqu'ils siègent dans l'excavation, ils n'en deviennent pas moins doublement dangereux et par leur siège et par leurs complications éventuelles.

B. — TUMEURS A POINT DE DÉPART EXTRAGÉNITAL.

a) *Les tumeurs osseuses du petit bassin*. — Sont toujours une cause sérieuse de dystocie par suite de leur dureté.

Tout dépend de leur base d'implantation. Si la base est petite, si la tumeur est pédiculée, l'ablation en est facile. Sinon on doit considérer ces tumeurs comme inopérables pendant la grossesse et traiter la dystocie comme les angusties pelviennes, c'est-à-dire par la césarienne.

b) *Les tumeurs malignes du petit bassin*. — De diagnostic difficile parce qu'elles se rencontrent chez des sujets relativement jeunes et parce qu'elles sont souvent peu accessibles.

Nous avons observé dans le service du Dr Jullien à Amiens, une jeune femme enceinte de 3 mois présentant un sarcome du ligament large, qui se traduisait par un syndrome douloureux abdominal et une masse vague, difficile à délimiter dans le cul-de-sac latéral gauche.

On intervint à cause du syndrome douloureux avec le diagnostic de kyste de l'ovaire tordu.

La néoplasie découverte à l'ouverture de l'abdomen était inopérable, un fragment seul fut enlevé pour biopsie.

Le cas ne présentait pas d'intérêt chirurgical.

c) *Les kystes hydatiques du petit bassin et l'échinococcie des os de la ceinture pelvienne.* — Sont très rares et ne présentent qu'un intérêt chirurgical relatif. Ils seraient toujours secondaires d'après Devé, de Rouen, à la chute d'une vésicule fille provenant d'un kyste hépatique. Dans le cas où l'on aura des doutes, des soupçons de kyste hydatique, il sera de bonne guerre clinique de rechercher s'il n'y a pas échinococcose hépatique. Enfin, en dernier lieu, nous pouvons voir dans l'excavation des tumeurs formées par des organes ou des tumeurs d'organes étrangers à l'excavation ; par exemple un rein descendu, un kyste du mésentère.

Accidents encore très rares et que l'on peut considérer comme tout à fait exceptionnels.

En résumé, nous voyons que, passant en revue des tumeurs susceptibles de nous intéresser au cours de la grossesse par leur siège pelvien, nous remarquons qu'elles prennent toujours ou presque leur origine dans l'appareil génital ou ses annexes.

Nous retrouverons donc le plus souvent dans cette étude : les fibromes, les kystes de l'ovaire, les pyo et hydro-salpinx, puis enfin les causes rares : grossesse extra-utérine, kystes du ligament large, etc.

Symptomatologie.

Les tumeurs pelviennes vont se manifester par deux ordres de symptômes :

1^o Des symptômes de complication : symptômes aigus ;

2^o Des symptômes de compression : symptômes semblables quelle que soit la nature de la tumeur.

A. — *Les antécédents aigus* : rupture, torsion, infection, nécrobiose, occlusion intestinale commandent l'intervention immédiate, mais, à côté de ces drames, il est des manifestations plus discrètes et cependant non moins graves par leurs complications éventuelles, qui vont faire déceler la tumeur et armer la main du chirurgien.

B. — *Les symptômes de tumeurs pelviennes, de compression*, vont pouvoir être rangés en deux grandes classes :

1^o Les *symptômes subjectifs*, fonctionnels, dus à la présence de la tumeur, symptômes de présomption qui doivent faire rechercher son existence ;

2^o *Symptômes de certitude*, que nous fournissent l'examen objectif et en particulier le toucher.

SYMPTÔMES DE COMPRESSION.

Les manifestations seront dues uniquement à la présence de la tumeur dans l'excavation, à son accroissement favorisé souvent par l'état gravidique.

Le tableau clinique peut évidemment varier d'après le siège de la tumeur, d'après la nature des organes qui vont être comprimés. Parmi les organes de l'excavation susceptibles d'être comprimés, le plus souvent atteint, par ordre de fréquence, va être *le rectum*.

De ce fait va découler un premier symptôme : la constipation chronique, opiniâtre, chez la femme enceinte.

La difficulté réside dans l'appréciation du symptôme. C'est chose en effet bien banale que la constipation chez la femme enceinte, et le danger de cette banalité c'est que le médecin n'attachera qu'une importance minime au symptôme, unique quelquefois, qui pourrait le mettre sur la voie du diagnostic.

Cependant, en dehors de la compression aiguë du rectum, réalisant une véritable obstruction et nécessitant, par suite de l'atteinte précoce et grave de l'état général, une intervention rapide, il faudra se méfier de toute constipation chronique, rebelle aux petits moyens habituels, et s'accompagnant d'un syndrome de stercorémie avec teint plombé, langue saburrale, haleine fétide, anorexie, avec altération lente mais progressive de l'état général.

Le deuxième organe le plus souvent atteint va être l'appareil urinaire.

La vessie, refoulée par la tumeur, va traduire son irritation par la pollakiurie qui va être le premier symptôme en date. C'est qu'en effet une tumeur comprimant l'urètre se rencontre plus rarement et se manifeste par une rétention d'urine plus ou moins complète.

Il est évident que dans le dernier cas l'intervention sera rapide, les cathétérismes répétés étant toujours contre-indiqués en raison de l'infection vésicale qu'ils déterminent presque fatalement.

La compression urétérale se traduira quelquefois par une légère hydronéphrose, mais bien souvent par des accidents infectieux dont l'éclosion sera favorisée par les troubles d'excrétion dus à la compression.

La pyélonéphrite gravidique sera ici plus fréquente que partout ailleurs, et cela d'autant mieux que si le rectum est comprimé, la coexistence d'une colibacillose intestinale et de cet état de moindre résistance de l'arbre urinaire, amènera presque fatalement l'infection.

Dans certains cas où l'uretère seul sera comprimé on pourra ne rien trouver à l'examen objectif, et c'est le laboratoire qui viendra nous éclairer en nous montrant une élévation du taux de l'urée sanguine, augmentation qui traduit l'insuffisance rénale consécutive aux troubles de l'excrétion.

En troisième lieu nous allons trouver des signes dus

à la compression des nerfs du petit bassin, nerfs qui sont nombreux, volumineux, et qui, se trouvant comprimés contre les parois osseuses du petit bassin vont produire leur irritation par des névralgies, des douleurs lancinantes et persistantes qui amèneront la femme à venir demander au médecin de mettre un terme à ses souffrances.

Or, du fait de leur disposition anatomique, ce sont surtout les nerfs émanant du plexus sacré qui vont se trouver comprimés, d'où les deux grands types de névralgies que nous allons rencontrer :

1^o *Les névralgies à type sciatique*, souvent bilatérales avec irradiations dans le membre inférieur, points de Valleix étagés, etc.

2^o *Les névralgies à type obturatrice* avec irradiations vers le côté interne de la racine de la cuisse.

Quelquefois on peut trouver les deux types réunis, les symptômes traduisant presque toujours alors les effets d'une tumeur assez volumineuse.

En dernier lieu un quatrième ordre de troubles va être apporté par la compression des vaisseaux pelviens.

Il est évident qu'une tumeur, si grosse, si dure soit-elle, ne comprimera que difficilement une artère qui, élastique, fuit devant elle et ne se laisse pas coïncer. Il n'en est pas de même pour les veines qui, moins résistantes, plus fixes, vont souvent être comprimées.

La traduction de cette atteinte va être l'œdème des

membres inférieurs. Cet œdème aura pour caractères principaux d'être important puisque la compression s'exercera sur de gros vaisseaux et sera toujours assez accentuée, d'être permanent puisque la tumeur n'aura jamais de tendance à régresser. Ces deux caractères sont capitaux pour distinguer ces œdèmes des œdèmes malléolaires légers et passagers qui s'observent si souvent au cours de grossesses normales.

Devant un œdème important, permanent, il faudra toujours, la phlébite écartée, penser à une compression pelvienne.

Si nous résumons les symptômes de compression pelvienne, nous voyons qu'ils se divisent en 4 grands groupes :

- A. — Les symptômes dus aux troubles de la motricité intestinale.
- B. — Les symptômes urinaires.
- C. — Les symptômes nerveux.
- D. — Les symptômes vasculaires.

La réunion de tous ces symptômes constituant ce que nous pouvons appeler le syndrome de compression pelvienne.

Il ne faudra évidemment pas s'attendre à trouver réunis tous ces symptômes en pratique courante.

Il y aura prédominance d'un ordre sur les autres, quelquefois il n'y aura qu'un seul ordre de symptômes. Le degré de ces symptômes variant évidemment avec

chaque malade et le tableau clinique pouvant changer à l'infini.

Néanmoins, lorsqu'on aura été prévenu par l'un ou l'autre de ces symptômes, le but sera atteint puisqu'ils ne sont là que pour attirer l'attention du médecin et de la malade et réclamer l'examen objectif.

SYMPTÔMES OBJECTIFS.

Ces symptômes sont surtout apportés par le toucher et le palper combinés.

Le diagnostic est en général facile — le doigt arrive sur un col dévié latéralement ou vers le haut — un cul-de-sac est effacé, les autres bombant sous la poussée de la tumeur.

L'excavation est remplie par une masse presque toujours PRÆVIA, masse souvent aisément perceptible dont on juge la consistance, le volume, la mobilité, le siège.

La présentation ne peut être atteinte, la tumeur la refoulant vers le haut.

a) *Le fibrome.* — Se présente sous l'aspect d'une masse faisant corps avec l'utérus, masse mollasse par suite du ramollissement conféré par l'état gravidique.

Cette tumeur suit les mouvements imprimés à l'utérus par l'intermédiaire du col.

Son siège est avec le maximum de fréquence sur la paroi postérieure, nous la trouverons donc presque toujours dans le cul-de-sac de Douglas (nous ne par-

lons évidemment que des fibromes de l'excavation). Le sillon de délimitation entre l'utérus et la tumeur ne pourra être délimité. Il faudra se méfier cependant de certains fibromes pédiculés.

b) *Les kystes de l'ovaire.* — Les symptômes varient évidemment suivant la nature du kyste : mucoïde ou dermoïde.

Les kystes mucoïdes se présentent sous forme d'une tumeur toujours assez importante, tumeur siégeant sur le côté de l'utérus, séparée de lui par un sillon aisément perceptible. La tumeur ne suit pas les mouvements imprimés à l'utérus. *

Les caractères précédents joints à la forme régulière de la tumeur, à sa consistance rénitente, feront faire aisément le diagnostic, les kystes dermoïdes seront assez faciles à reconnaître.

De petit volume, également séparés de l'utérus par un sillon, indépendants des mouvements du corps utérin, ils seront surtout remarqués par leur consistance spéciale, pâteuse, intermédiaire entre la consistance du fibrome et celle du kyste mucoïde.

Une exception : les embryomes contenant des débris osseux et qui risqueront d'être pris soit pour une tumeur du petit bassin, soit pour un promontoire ou une exostose. Cette dernière erreur ayant pu être commise par Baudelocque.

c) *Les kystes du ligament large* : tumeurs rénitentes, très régulières, mobilisables avec l'utérus. On constate

souvent au toucher une petite tumeur accolée qui est l'ovaire sain.

d) *Les salpingites.* — Avec pyo ou hydrosalpinx quand elles siègent dans l'excavation sont presque toujours adhérentes. On sentira un cul-de-sac empâté avec au palper combiné une tumeur molle et douloureuse. Il faudra rechercher le sillon entre l'utérus et la tumeur, sillon assez facilement délimitable.

e) *Les grossesses extra-utérines.* — Tumeur de volume variable, de consistance pâteuse ou très dure quand il y a eu hématocele, on trouve alors le col collé sous la symphyse pubienne et un cul-de-sac postérieur bombé et douloureux.

Cette tumeur est presque toujours nettement séparée de l'utérus par un sillon.

f) *Les tumeurs osseuses du petit bassin.* — Se présentent souvent sous forme d'exostoses pédiculées, dont on apprécie alors facilement le pédicule, ces masses sont dures, de volumes très variables, sessiles.

La radiographie en montre tous les détails.

g) *Les tumeurs malignes.* — Tumeurs sessiles, très irrégulières de forme, de consistance ligueuse moins élevée que celle des tumeurs osseuses. On sentira presque toujours :

a) une grande base d'implantation,

b) des propagations aux organes voisins.

h) *Les tumeurs hydatiques du petit bassin.* — Ressemblent souvent par leurs caractères aux kystes de l'ovaire, mais on trouve un siège différent, qui ne peut être celui d'un kyste de l'ovaire.

La ponction exploratrice montre un liquide « eau de roche ».

Diagnostic.

Le diagnostic pour être complet doit éclaircir trois points principaux :

- 1° La femme est enceinte ;
- 2° Il y a tumeur pelvienne ;
- 3° Quelle est la nature de la tumeur pelvienne ?

A. — LE DIAGNOSTIC DE LA GROSSESSE.

Doit surtout se baser au début sur les signes accessoires, sympathiques, de la grossesse.

Il faudra donc rechercher les modifications classiques des seins (etc.).

Le toucher vaginal sera souvent douteux, le col comprimé étant difficile à étudier.

La constatation d'un souffle utérin n'aura aucune signification pathognomonique en raison des compressions possibles.

Aujourd'hui, en cas d'hésitation, il sera logique d'employer le moyen merveilleux que nous apporte la technique moderne, je veux parler du diagnostic biologique de la grossesse, procédé simple, rapide, sûr, puisque d'après Gernez il donne entre 99 et 100 % de résultats exacts, ce qui suffit largement en pratique.

B. -- LE DIAGNOSTIC DE LA TUMEUR PELVIENNE.

Dès qu'on sera amené à rechercher (par les signes de présomption cités plus haut) la présence d'une tumeur pelvienne, le diagnostic se fera surtout par le toucher. On précisera le siège de la tumeur entre le vagin et le rectum les rapports avec l'utérus.

Toutefois il faudra éliminer :

a) *La rétroversion de l'utérus gravide.* — C'est une erreur possible. De grands cliniciens tels que Litzmann Gistren l'ont commise, la constatation de signes de grossesse, de signes de compression pelvienne (signes urinaires surtout), le col collé à la symphyse, le Douglas bombant en avant sont en effet autant de causes d'erreur.

L'examen sous anesthésie lèvera tous les doutes en permettant d'explorer à fond l'excavation et parfois même de réduire la rétroversion de l'utérus.

b) *La grossesse angulaire donnera rarement des tumeurs pelviennes.*

Ces tumeurs cesseront d'exister au troisième mois où l'utérus reprend un volume et une forme normales.

Il sera facile de constater le signe classique de la « charnière » ou signe de Hégar au niveau de l'implantation sur le corps utérin de la corne gravide.

c) *La rétention de matières fécales dans l'intestin ou tumeur stercorale, facile à différencier par l'anamnèse,*

par le toucher rectal, par de grands lavements évacuateurs.

d) *Les sigmoïdites et les përisigmoïdites* particulièrement les formes chroniques.

La péri-sigmoïdite chronique ou adhésive qui donnera des adhérences entre l'anse sigmoïde et les organes génitaux.

La përisigmoïdite avec gangue scléro-lipomateuse.

L'anamnèse et la sigmoïdoscopie lèveront souvent les doutes.

C. — DIAGNOSTIC DE LA NATURE DE LA TUMEUR.

Nous arrêtera plus longtemps parce que plus ardu.

On se basera sur deux ordres de faits : d'abord l'anamnèse, l'évolution clinique, ensuite les renseignements (mobilité, consistance, volume, rapports avec l'utérus) fournis par le toucher et le palper combinés.

Nous trouverons pour chaque tumeur des signes propres :

a) *Le fibrome*. — Se présentera sous la forme d'une masse mollassse faisant corps avec l'utérus ou du moins se mobilisant avec lui.

Les antécédents hémorragiques (ménorrhagies) avant la grossesse viendront fortifier cette opinion.

Toutefois un cas très embarrassant sera celui présenté par les fibromes pédiculés et très mobiles. Un seul argument sera valable : les ménorrhagies anté-

rieures, mais celles-ci sont souvent la traduction d'un autre fibrome interstitiel ou sous-muqueux.

La confusion sera souvent faite avec le kyste de l'ovaire, la consistance étant à peu près la même par suite du ramollissement dû à l'état gravidique. On retrouvera également un sillon entre l'utérus et la tumeur, une mobilité indépendante de celle de l'utérus.

La constatation de l'ovaire sain du côté atteint lèvera tous les doutes — mais c'est chose rare —. On aura alors recours à la ponction exploratrice avec une aiguille très fine.

b) *Le kyste de l'ovaire.* — On trouvera dans les antécédents des douleurs, des irrégularités menstruelles : dysménorrhée ou aménorrhée.

La masse est mobile, régulière, rénitente, séparée de l'utérus par un sillon. On ne perçoit pas l'ovaire sain.

Il faudra distinguer le kyste mucoïde du kyste dermoïde. La consistance pâteuse, le petit volume, l'inclusion fréquente dans le ligament large de ce dernier aideront à le faire reconnaître.

c) *La grossesse ectopique.* — Se montre avec les signes menstruels habituels, des petites pertes distillantes, d'aspect « jus de pipe » ; la masse constatée est dure, douloureuse, de consistance pâteuse, cependant la coexistence d'une grossesse extra-utérine et d'une grossesse normale est chose rare. L'observation VI rapportée plus loin doit être considérée sous ce rap-

port comme une exception. Il faudra néanmoins y penser.

d) *Les salpingites.* — Apporteront au moins l'histoire nette et classique d'antécédents métritiques, procédant par poussées fébriles et inflammatoires.

Ces masses latérales sont presque toujours adhérentes, empâtées, très douloureuses.

Néanmoins l'hydrosalpinx, le pyosalpinx unilatéraux seront difficiles à différencier d'un kyste de l'ovaire si la femme ne fournit pas des renseignements nets sur son passé annexiel ; ce seront là des faits exceptionnels.

Il faudra également éliminer la salpingite tuberculeuse qu'on reconnaîtra aux signes de tuberculose, à l'aspect de la malade, à la blépharite ciliaire fréquente.

e) *Les kystes du ligament large.* — Se présentent sous forme de tumeurs nettement accessibles, fluctuantes et peu mobiles, il sera quelquefois difficile de préciser ses rapports avec l'utérus, les kystes wolffiens par exemple étant souvent adhérents au corps utérin, le diagnostic sera difficile surtout avec les kystes dermoïdes inclus, la consistance plus dure de ces derniers pourra mettre sur la voie.

f) *Les kystes hydatiques du petit bassin.* — Seront surtout diagnostiqués par leur fixité, leur consistance rénitente.

Ils se rencontrent chez des personnes fréquentant des milieux spéciaux : bergers, tanneurs, etc.

En cas d'hésitation « la ponction lèvera les doutes » (Porak) en ramenant le liquide classique « eau de roche » et du sable hydatique dans lequel pourront être décelés des crochets.

On pensera à rechercher le kyste hépatique primitif.

Il serait logique de pratiquer les réactions de Casoni et de Weinberg.

g) *Les tumeurs osseuses du petit bassin.* — Seront facilement reconnaissables grâce à leur consistance, à leur fixité et enfin et surtout grâce à leur image radiographique.

h) *Les tumeurs malignes.* — Seront d'un diagnostic plus difficile, toutefois leur consistance intermédiaire, leur fixité, certains caractères radiographiques (ostéosarcomes) permettront presque toujours un diagnostic exact.

Opportunité du traitement chirurgical.

Quelle va être la conduite à tenir en face d'une femme enceinte présentant une tumeur de l'excavation, donc tumeur prævia ?

De nombreux points sont à envisager avant d'armer la main du chirurgien. Une tumeur du petit bassin constitue un danger pour la vie de la mère, pour la bonne marche de l'accouchement, pour la vie de l'enfant.

a) Pour la vie de la mère parce que cette tumeur n'ayant aucune tendance à régresser au cours de la grossesse (bien au contraire) des accidents aigus de compression seront toujours menaçants... et leur évolution exacte, même sur intervention, ne pourra être prévue. Or est-il légitime d'attendre ces accidents pour intervenir ? Dans l'état actuel des moyens chirurgicaux nous ne le pensons pas.

b) Pour la bonne marche de l'accouchement, la dystocie provoquée par la présence de la tumeur nécessitant toujours une césarienne et, soit aussitôt, soit plus tard une deuxième intervention portant sur la tumeur elle-même.

c) Pour le fœtus qui peut être comprimé, dont la viabilité sera de toute façon compromise par un manque de développement, par la venue d'accidents aigus qui pourront provoquer l'avortement.

Nous écartons une fois pour toutes les accidents aigus de torsion, de nécrobiose, ou de rupture qui commandent une intervention immédiate et indiscutable.

Les tumeurs osseuses sont peu intéressantes : ou bien elles sont pédiculées et facilement accessibles et alors un coup de gouge a facilement raison de l'obstacle, ou bien elles sont inopérables et doivent être alors traitées comme l'angustie pelvienne par section césarienne.

Les tumeurs malignes du petit bassin sont à respecter parce qu'inopérables. Les cas les plus intéressants vont donc être fournis par les tumeurs à point de départ génital ou para-génital.

On fait entrer en ligne de compte les facteurs suivants :

- 1° La nature de la tumeur ;
- 2° La vie de la mère ;
- 3° La vie de l'enfant.

Nous avons vu plus haut ce qu'il fallait penser des deux derniers facteurs. Reste le premier facteur.

A. — LE FIBROME.

Le fibrome de l'excavation, comme nous l'avons dit plus haut, est presque toujours anatomiquement sous-séreux et plus ou moins pédiculé, donc particulièrement accessible à une myomectomie.

La femme est vue dans les premiers mois de la grossesse : c'est alors que le volume de la tumeur entre en jeu. On est en droit d'attendre une ascension du fibrome.

Le volume sera évidemment à apprécier. Il nous paraît sage d'adopter la ligne de conduite de Tarnier : « Si le fibrome dépasse le volume d'un œuf ne pas compter sur l'issue spontanée ».

L'ascension du fibrome sera encore fonction de :

- 1^o La mobilité du fibrome, c'est une question de pédicule ;
- 2^o La présentation fœtale (la présentation du siège par exemple faisant souvent « coin »).

Donc si le fibrome paraît par son volume, sa mobilité, etc. susceptible de remonter dans l'abdomen, il faut attendre et surveiller la malade. Mais, si l'on a la conviction que la tumeur est enclavée dans le petit bassin, qu'elle n'en bougera plus, pourquoi attendre des accidents dont on ne peut évaluer la gravité et qui peuvent mettre en danger la vie de la mère et celle de l'enfant ?

Dans les 6 premiers mois de la grossesse la myo-

mectomie s'impose. Après le sixième mois la question est plus délicate. C'est qu'en effet les idées actuelles sont rebelles, en l'absence de signes aigus, à la pratique de l'intervention chez la femme enceinte de plus de 6 mois.

Certains auteurs ont prôné au contraire l'intervention au septième et même au huitième mois.

M. Chifoliau trouve que la myomectomie doit être pratiquée « dans la seconde moitié de la grossesse, l'œuf étant enraciné de façon plus profonde dans l'utérus, pas trop près du terme cependant par crainte de déchirure de la cicatrice et de rupture utérine. »

Pourquoi donc repousser systématiquement la myomectomie et exposer la femme à des opérations plus graves et souvent mutilatrices?

L'observation II montre qu'elle donne des succès à un âge avancé de la grossesse.

On aura ainsi évité à la femme : la césarienne suivie souvent d'hystérectomie, le fibrome longtemps à l'étroit dans l'excavation subissant presque toujours un début de nécrobiose ; la mise au monde d'un enfant malingre parce que gêné dans les derniers mois de la vie intra-utérine.

Ces avantages doivent primer les inconvénients problématiques qui arrêtent souvent la main du chirurgien.

B. — LE KYSTE DE L'OVAIRE.

Commande dans les 6 premiers mois et pour tous les auteurs l'ablation systématique du kyste. A plus

forte raison si le kyste est pelvien faudra-t-il intervenir.

Dans la deuxième moitié de la grossesse la règle actuelle est d'attendre.

Or : a) Un kyste de l'ovaire provoque souvent l'avortement et l'accouchement avant terme :

23 % des cas d'après Rémy,
12,5 % d'après Puech et Vanverts.

b) La mortalité maternelle, l'accouchement laissé à lui même varie entre 25 et 50 % (Puech et Vanverts) ;

c) Le pronostic maternel est aggravé dans les suites de couches dans 1/3 des cas.

D'après Puech et Vanverts :

Dans 41 % des cas il y a suppuration,
Dans 40,5 % il y a torsion.

d) A l'accouchement un kyste pelvien entraîne *fatalement* une intervention. C'est au minimum une ponction du kyste.

Après l'accouchement il faudra réintervenir, or les statistiques de Vanverts montrent que l'intervention immédiate est dangereuse, qu'il faut attendre un espace de six semaines à deux mois, laps de temps pendant lequel les complications auront le temps de se produire !

Si l'on ajoute que le kyste pelvien est singulièrement prédisposé aux accidents par rupture au cours de la grossesse on comprendra qu'un kyste vu à 7 mois

rende l'intervention légitime. Entre deux maux on choisira le moindre.

C. — LES SALPINGITES AVEC PYO OU HYDROSALPINX.

Bien qu'entravant le développement de la fécondation, ne sont pas tout à fait incompatibles avec une grossesse mais elles menacent alors celle-ci d'accidents graves.

Les auteurs allemands et Wertheim en particulier, attirent l'attention sur la gravité des accidents dus aux salpingites au cours de la grossesse.

Richter de Dresde est d'avis d'opérer *toujours* une femme atteinte de salpingite, *même si on provoque l'avortement*, c'est une opinion un peu trop absolue à notre avis.

La mortalité au cours de la grossesse est de 49 %.

M. Brindeau partisan de l'intervention dans ces cas, donne dans la thèse de l'un de ses élèves la statistique suivante :

Sur 8 cas non opérés :

Fausse-couche : 7 avec 5 morts, 2 guérisons,
1 accouchement à terme.

Sur 5 cas opérés :

Fausse-couche : 3, 3 guérisons,
2 accouchements à terme.

Ces chiffres se passent de commentaires.

Si l'on ajoute que les salpinx du petit bassin sont d'autant plus dangereux que, comprimés dans un

espace étroit, ils risquent de plus en plus de se rompre à mesure que l'on approche du terme de la grossesse, on voit que l'intervention sera toujours indiquée.

D. — LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE.

Commande dès que le diagnostic est posé ou même soupçonné l'intervention systématique. C'est que dans ce cas il y aurait double danger à ne pas intervenir.

Les cas particuliers de fœtus mort, comme le cas relaté par l'observation VI, sont tout à fait exceptionnels et le diagnostic de la mort du fœtus est pour ainsi dire impossible.

E. — LES KYSTES DU LIGAMENT LARGE.

Sont intéressants au point de vue traitement. Comme tout obstacle du petit bassin, comme tout obstacle *prævia* ils doivent être enlevés. Il est intéressant de faire remarquer que leur siège para-utérin, au voisinage des organes dangereux rend le pronostic de l'intervention plus sombre que dans tout autre cas. Cependant on ne doit pas se laisser arrêter par la crainte de l'accouchement prématuré ou de l'avortement. L'observation IV montre quels succès on peut obtenir dans ces cas.

Je ne voudrais pas quitter ce chapitre de thérapeutique chirurgicale sans faire remarquer que les opérations sur le petit bassin au cours de la grossesse portent sur une région normalement très vasculaire, que

la circulation de cette région est décuplée par suite de la congestion intense du petit bassin au cours de la grossesse.

En conclusion, la technique opératoire devra avant tout porter sur une hémostase impeccable, particulièrement en cas de myomectomie.

Cette hémostase sera réalisée :

par une série de points en U ;

par des points en X suivant la technique de V. Pauchet, dans la fermeture de la base d'implantation des fibromes.

Les interventions portant sur le ligament large devront être suivies d'un capitonnage soigné de la cavité produite par l'ablation de la tumeur.

Observations.

OBSERVATION I

(in thèse Duquesne, Paris, 1933)

D^r Poulain (Amiens).

Mme B..., 36 ans. III^e gestation.

En 1921 premier accouchement normal.

En octobre 1930, fait une fausse couche de 2 mois 1/2.

Les dernières règles ont cessé le 12 novembre 1931.

Elle vient consulter son médecin traitant le 19 février 1932.

Elle est alors enceinte de 2 mois 1/2 environ et se plaint de douleurs abdominales avec irradiations dans les jambes.

Le lendemain elle perd un peu de sang. Le médecin fait le diagnostic de grossesse extra-utérine.

Deux jours après les douleurs se sont calmées, les pertes cessent, la femme entre à la clinique du D^r Poulain pour se faire opérer.

Intervention le 10 mars 1932 (D^r Poulain).

Anesthésie générale.

On trouve un utérus gravide de 3 mois environ, avec un myome développé sur la corne gauche, prolabant dans le Douglas qu'il obstrue.

Myomectomie.

Suture de la paroi utérine par un fil en U.

Péritonisation.

Suites opératoires : normales.

Continuation de la grossesse.

La malade a accouché à terme au mois de septembre 1932.

Accouchement spontané. Enfant bien portant. Suites de couches normales.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de MM. les D^{rs} Poulain et Ch. Perdu).

Le D^r Loiret m'adresse le 29 octobre 1929 une primipare de 30 ans, enceinte de 6 mois, avec le diagnostic de « tumeur et grossesse ».

Cette femme raconte qu'elle est inquiète parce que son ventre lui semble bien gros. La grossesse a évolué jusqu'alors sans incident, sans gêne respiratoire, seulement des vomissements abondants à la période critique.

Ma première impression à l'examen est celle d'une gémellité.

L'abdomen est très gros. L'utérus bilobé en forme de cœur de cartes à jouer, de consistance dure de chaque côté, ne permettant pas de sentir un fœtus. Un seul foyer d'auscultation à droite, mais pas très distinct.

La pelvimétrie est normale : 24-27-33.

Toucher : l'entrée de l'excavation est obstruée par une grosse masse dure donnant l'impression d'une tête fœtale, le cul-de-sac gauche est complètement effacé, le cul-de-sac droit très profond est tout à fait au fond, plaqué contre la paroi antéro-latérale.

Le col est mou et encore long naturellement.

Le toucher est donc bien révélateur de la présence d'une

tumeur para et sub-utérine et la question de la gémellité ne se pose plus.

Comme il reste 4 mois avant le terme et qu'il n'y a pas d'urgence à intervenir, j'ajourne la malade à un mois pour nouvel examen, celle-ci ayant insisté auprès de moi pour savoir si elle pourrait avoir un enfant vivant et l'espérance d'autres grossesses.

Le 10 décembre 1929 je la revois : la tumeur a encore augmenté de volume et dépasse le niveau du fond de l'utérus, la parturiente est peu gênée dans sa respiration, sent très bien son enfant remuer à droite.

Bruits du cœur nettement perceptibles à droite, pas de foyer à gauche.

Enfin au toucher l'excavation est de plus en plus obstruée par cette masse dure et le cul-de-sac droit dans sa partie antérieure est réduit à un étroit couloir qu'il est difficile au doigt de franchir. Au fond et à bout de doigt, le col offre une présentation ballottante qu'il est difficile de caractériser et qui, d'après le palper, semblerait être une tête mobile.

Le diagnostic se confirme. C'est bien un fibrome prævia occupant le flanc gauche, la fosse iliaque et l'excavation, non mobile, semblant incarcéré et ne laissant à l'utérus gravide qu'un espace étroit dans la fosse iliaque et le flanc droit.

En présence de cette situation il faut prendre une détermination. La tumeur semble grossir rapidement, le fœtus est petit et se développe mal, des phénomènes de nécrobiose peuvent se produire, provoquer des accidents graves et amener peut-être à une intervention d'urgence qui compromettra sûrement un fœtus qui est à 7 mois seulement.

J'expose la situation à la famille et les éventualités possibles :

l'accouchement normal ne peut se faire, il n'y a pas de manœuvres obstétricales possibles. Il faut : ou bien risquer les complications qui sont menaçantes, attendre le terme et faire une césarienne, ou bien tenter une myomectomie avec danger d'accouchement prématuré mais capable, si cet accident n'arrive pas, de permettre au fœtus de se développer pendant les deux derniers mois restants et d'avoir un accouchement normal au bout du terme.

Le Dr Poulain appelé à donner son avis conseille cette dernière solution et pratique l'intervention le 12 décembre 1929,

Après laparotomie sus-ombilicale sous-anesthésie, myomectomie.

La tumeur sous-séreuse est adhérente à l'utérus sur une surface de 6 cm. sur 4 cm. immédiatement en arrière du hile gauche.

Extirpation par clivage.

Désenclavement de la partie inférieure.

Péritonisation. Suture sans drainage. Lavements laudanisés et morphine. Les jours passent avec la crainte perpétuelle d'un début de travail. Pas une contraction.

La malade quitte la clinique après ablation des fils et va continuer sa grossesse chez elle.

Le 15 janvier 1930, le Dr Loiret m'envoie ces quelques mots :

Mme B... heureusement accouchée dimanche matin d'une fille en parfaite santé.

Samedi 11, 12 h. à 19 heures : quelques mouches.

Dimanche 12, 3 heures du matin : col effacé, dilatation 0 fr. 50.

O. I. D. P.

8 heures du matin : paume de main, col dilatable.

Intervention. — Rupture des membranes. Dilatation manuelle.
Forceps.

Suites de couches parfaites.

OBSERVATION III

(In thèse Juge, Paris, 1925).

Opération pour kyste tordu.

Mme R..., enceinte de 7 mois.

Opération le 15 mai 1920. Chloro. M. Brindeau.

Laparotomie sus et sous-ombilicale. Kyste de l'ovaire volumineux réuni à la paroi antérieure de l'abdomen par des adhérences friables.

Ponction du kyste : il s'écoule un liquide filant, noirâtre, indiquant qu'il s'était produit une hémorragie dans l'intérieur du kyste.

Quand le liquide ne s'écoule plus, on plonge la main dans l'abdomen et l'on s'aperçoit que la poche kystique remonte très haut.

On agrandit l'incision et on retire le kyste sans le rompre.

Ligature simple du pédicule tordu à 180° dans le sens des aiguilles d'une montre.

Suites opératoires sans incidents.

Accouchement naturel à terme fait en ville au début de septembre.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance du Dr Poulain d'Amiens).

Mme M..., 32 ans, II-pare.

Enceinte de 4 mois.

Cette femme va consulter son médecin pour douleurs dans le bas-ventre, se traduisant à l'examen clinique par des coliques, des contractions péristaltiques visibles.

Au toucher : masse de la dimension d'une orange siégeant dans le cul-de-sac gauche et refoulant le col de l'utérus qui est aplati à droite et en avant contre la face postérieure de la symphyse pubienne.

Le col est mou. On décèle assez difficilement le ballottement fœtal. Le corps de l'utérus est augmenté de volume, ses dimensions sont celles d'un utérus gravide de 4 mois. La tumeur latérale gauche est solidaire du corps de l'utérus.

Il semble bien qu'on se trouve en face d'un fibrome ou d'un kyste inclus dans le ligament large.

Il est évident que l'accouchement avec cette tumeur serait difficile pour ne pas dire impossible.

On décide donc de ne pas attendre le terme.

Intervention le 15 mars 1932. Dr Poulain.

Sous-anesthésie générale au balsoforme, on pratique une laparotomie sous-ombilicale.

On trouve une masse kystique incluse dans le ligament large gauche. Incision de la face antérieure de ce ligament. Décollement difficile de la masse kystique qui présente de nombreuses adhérences surtout au plancher pelvien et au bord latéral de l'utérus.

Ponction du kyste. Il s'écoule un liquide limpide, sirupeux, noirâtre. On pose une pince à kystes.

Achèvement de décollement du kyste. Il s'agit d'un kyste de l'ovaire inclus et dont le pédicule est tordu deux fois sur lui-même.

Hémostase soignée et difficile. Capitonnage de la cavité du

ligament large. On laisse un petit drain en contact pendant 48 heures.

Suites opératoires bonnes.

La malade sort guérie le vingtième jour.

Accouchement normal à terme le 10 août 1932.

OBSERVATION V

(Service du D^r Jullien, Amiens).

Mme N..., 28 ans. IV-pare, envoyée par son médecin pour tumeur prœvia. Les accouchements précédents ont été normaux.

Dernier enfant âgé de 2 ans 1/2.

Dernières règles du 20 décembre 1925.

Depuis le début de sa grossesse elle souffre constamment de l'abdomen avec paroxysmes l'obligeant à garder le lit un à deux jours par semaine.

Son médecin ayant constaté la présence d'une tumeur du petit bassin nous l'adresse en vue d'une intervention.

Au toucher : tumeur rénitente, bombant dans le Douglas et le cul-de-sac droit, repoussant en haut et à gauche le col utérin.

Tumeur peu mobile, douloureuse, de la grosseur du poing, nettement séparée de l'utérus.

La présentation fœtale n'est pas accessible au toucher. Données vagues au palper.

Le diagnostic porté est celui de kyste de l'ovaire.

Les crises douloureuses faisant craindre une complication, l'intervention est décidée.

Intervention le 2 mai 1926. D^r Jullien.

Anesthésie générale au balsoforme. Laparotomie sous-ombi . cale; on trouve un pyo-salpinx enclavé dans le Douglas.

Libération assez pénible des adhérences et la pièce peut être enlevée sans l'ouvrir.

Péritonisation et suture de la paroi plan par plan.

La malade est mise à la morphine.

Le lendemain, quelques douleurs vite calmées.

Rien à signaler dans la suite.

Les fils sont enlevés le douzième jour. La malade sort au vingt-quatrième jour, un petit abcès de la paroi ayant nécessité un séjour supplémentaire.

Accouchement normal le 10 septembre 1926.

OBSERVATION VI

(Service du Dr Jullien).

Madame K..., 24 ans, I-pare, polonaise, domestique de culture, entre à la Maternité de l'Hôtel Dieu d'Amiens le 12 octobre 1932. envoyée par le Dr F... pour kyste de l'ovaire et grossesse.

Elle serait enceinte de 3 mois.

La date des dernières règles est difficile à faire préciser; — la malade comprenant mal le français; de plus elle s'embrouille dans ses explications. On croit comprendre cependant que, normalement réglée jusqu'alors, cette femme a eu il y a 5 mois un retard de 3 semaines environ, puis quelques pertes irrégulières et peu abondantes, enfin depuis 3 mois arrêt complet de toute règle.

Depuis 15 jours douleurs dans le bas-ventre avec irradiations dans la cuisse droite.

A l'examen clinique: utérus nettement palpable au-dessus de la symphyse des signes accessoires de grossesse: seins, pigments, etc.

Au toucher: col mou, long, fermé, collé en haut sous la symphyse. Le Douglas bombe en avant. On sent une tumeur de la grosseur d'une orange, séparée de l'utérus par un sillon. Cette tumeur est extrêmement dure, assez mobile, mais pas assez cependant pour qu'on puisse penser à la refouler.

Le diagnostic hésite entre grossesse extra-utérine et kyste dermoïde de l'ovaire. Intervention le 15 octobre 1932. Dr Jullien.

Anesthésie générale au balsoforme.

On trouve: un utérus gravide; une grossesse extra-utérine de la trompe droite non fissurée; ovaire atteint de sclérose avec quelques petits kystes. On pratique l'ablation des annexes du côté droit.

Fermeture au crin.

A l'ouverture de la pièce: kyste fœtal développé dans la partie ampullaire de la trompe, très dur, infiltré de sels calcaires; il contient un fœtus de 3 mois environ, également infiltré de sels calcaires.

Les suites opératoires sont normales. La malade sort peu après l'ablation des fils.

Elle revient vers le milieu de mars 1933. Grossesse normale
O. I. G. A.

Accouchement normal le 9 avril 1933.

Conclusions.

I. — Les tumeurs du petit bassin au cours de la grossesse comportent toujours un pronostic sérieux en l'absence d'intervention.

Le fait qu'elles se trouvent, de par leur siège, sur le passage du fœtus, le fait que l'utérus et la tumeur se compriment réciproquement, compriment les organes voisins, et cela dans une région où abondent les organes importants, font qu'elles menacent à la fois la vie de la mère et celle de l'enfant non seulement au moment de l'accouchement mais encore pendant toute la durée de la grossesse par suite des complications qui peuvent survenir à chaque instant et dont on ne peut prévoir la gravité.

II. — Leur diagnostic repose sur des bases précises mais il doit être « flairé » souvent, par suite du peu de manifestations fonctionnelles de la tumeur.

Toutefois, dès que l'attention aura été attirée du côté de l'excavation par un des symptômes fonctionnels décrits dans cet ouvrage, l'examen objectif viendra lever tous les doutes.

Il faudra s'attacher à préciser la nature de la tumeur, le point étant très important pour l'intervention.

III. — L'intervention s'impose presque toujours. L'âge avancé de la grossesse n'est pas une contre-indication, les accidents risqués au cours de l'intervention et des suites opératoires étant moins graves que les accidents que peut entraîner l'abstention.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu : le Président de la thèse,
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Alvares-Pinto.* — Kystes de l'ovaire et grossesse. Thèse Paris, 1929.
- Audebert.* — De l'ovariotomie pendant la grossesse (Communication faite à la Soc. d'Obst. de Gyn. et de Péd. Paris, oct. 1904).
- Bar et Brindeau.* — Pratique de l'art des accouchements.
- Balard et Debau.* — Que faire en présence d'une grossesse compliquée de fibrome ? (Rev. franç. Gyn. et Obst., 1923).
- Bourdin.* — Les kystes dermoïdes de l'ovaire dans leurs rapports avec la grossesse. Thèse Paris, 1927.
- Brindeau.* — Les fibromes compliqués de grossesse (Presse médicale, avril 1923).
- Brouha-Liège.* — Kystes opérés pendant la grossesse (Soc. Obst. Franç., oct. 1911).
- Chifoliau et Benoiste-Pillocée.* — Traitement des fibromes au cours de la grossesse (Progrès médical, 1922).
- Couvelaire.* — Ablation par voie abdominale des tumeurs ovariennes pelviennes à la fin de la grossesse (Bulletin Soc. Obst. Gyn. Paris, janvier 1912).
- Duquesne.* — Myomectomie au cours de la grossesse. Thèse Paris, 1933.
- Grosse.* — Indication de l'intervention des fibromes gravidiques au cours de la grossesse. Thèse Paris, 1902.
- Guichard* (Angers). — Kystes dermoïdes de l'ovaire développés dans l'excavation pelvienne.

Hammel. — Kystes de l'ovaire pendant la grossesse. Thèse Paris, 1930.

Juge et Brindeau. — Interventions chirurgicales pendant la grossesse.

Porak. — Kystes hydatiques du bassin (Gazette hebdomadaire, 1884).

Poulain. — Sigmôidite et infection des organes génitaux interne de la femme (Archives générales de Chirurgie, 1911).

Remy. — Grossesse compliquée de kyste ovarien. Thèse Paris, 1886.

Tardif. — Complications des kystes de l'ovaire pendant la grossesse. Thèse Paris, 1906.

Vauverts. — Société Obst. et Gyn. Paris, t. I, 1912.

561. — Imp. de la Faculté de Méd., Jouve et Cie 15, rue Racine, Paris. — 1-34
